Aus der Heilanstalt Weidenplan in Halle an der Saale.
Chirurgische Abteilung: Professor Dr. Stieda.

Über Myelocystomeningocele.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg
vorgelegt von

LUDWIG HAARS
aus Wolfenbüttel.

Gedruckt von Heckners Verlag, Wolfenbüttel.

AUSZUG.

Nach der Statistik von Wernitz kommen auf 1000 Kinder 1 Kind mit Spina bifida, nach der von Demme auf 1000 Kinder 1,5. Bockenheimer beschreibt in seiner Arbeit: Zur Kenntnis der Spina bifida 63 Fälle, die er an der von Bergmannschen Klinik beobachtet hatte. Darnach verteilen sich die Fälle derart, daß am häufigsten Myelocelen vorkommen, dann Myelocystocelen, darnach Meningocelen. Auf der Wirbelsäule ist der Sitz der Spina bifida am meisten die Gegend des Kreuzbeines und die Lendenwirbelsäule, darnach die unterste Brustwirbelsäule, am seltensten die Halswirbelsäule. — Nach der Ansicht v. Recklinghausens sind das Gemeinsame bei allen 4 Arten von Spina befida — er unterscheidet: Rachischisis, Myelocele, Myelocystocele, Meningocele-Wirbeldefekte, kleine Spalten oder auch nur Lücken in den Wirbelbögen, Defekte (Spalten) der Dura sehr verschiedenen Grades und Spaltungen des Medullarrohres. Über die Entstehung der Spina bifida ist viel gestritten: es wurde das Primäre in der Anlage der Hirnblasen gesucht; darnach kam die Ansicht auf, daß das geschlossene Rückenmark durch Hydromyelie aufgetrieben würde. Jetzt gilt wohl allgemein die Anschauung, daß es sich um mechanische Hindernisse handelt, die eine Spina bifida zustande kommen lassen, und zwar besteht das Hindernis darin, daß der Schluß der Medullarplatten zum Medullarrohr nicht zustande kommt. Daher nimmt von Monakow an, daß der primäre Ausgangspunkt der Rachischisis im Medullarrohr zu suchen ist, und daß die Defekte in der Entwicklung der Muskeln weitere Folgezustände der Nichtvereinigung der Medullarplatten darstellen. — Die Rachischisis kommt für den Chirurgen nicht in Betracht, da sie meist mit anderen Mißbildungen, Anencephalie, Acranie, verbunden ist. Die Myelocele, die Myelocystocele und die Meningocele werden jetzt chirurgisch behandelt und haben so das Interesse aller Chirurgen erweckt. — Die Myelocystomeningocele ist eine Kombinationsform zwischen der Myelocystocele und der Myelomeningocele. Man unterscheidet von ihr 3 Hauptarten: die Myelocystomeningocele dorsalis, dorsalis-ventralis und ventralis. Das klinische Bild einer Myelocystomeningocele kann verschieden sein; nach ihrer Zusammensetzung kann sie Erscheinungen machen von seiten der Myelocystocele oder der Meningocele, kann aber auch vollkommen ohne Erscheinungen verlaufen wie an einem Fall gezeigt wird. Es handelt sich dabei um ein 6 Monate altes Mädchen, das eine Geschwulst in der Kreuzbeingegend von Kindskopfgröße hat. Dazu fanden sich Hydrocephalus und doppelseitiger Hackenfuß. Das Kind wurde in der Heilanstalt Weidenplan (Prof. Dr. Stieda) operiert, dabei ergab sich der Be-

fund einer Myelocystomeningocele dorsalis. Der Verlauf war reaktionslos; das Kind wurde nach 15 Tagen geheilt entlassen und befindet sich noch nach einem halben Jahre wohl. — Das Schicksal der Kinder, die eine Spina-bifida-Operation durchgemacht haben, ist stets zweifelhaft. Es sterben nachträglich immer noch einige an den Folgen der Operation, da die Kinder gegen andere Erkrankungen sehr wenig Widerstand zu leisten vermögen. Trotzdem muß der geringe Prozentsatz von Heilungen zur Operation auffordern, um wenigstens den Versuch einer Heilung zu machen, da ohne Operation die Kinder ein bejammernswertes Dasein haben und einem frühzeitigen Ende nicht entgehen können. Das Ziel der Operation ist — sie hat im Prinzip Ähnlichkeit mit einer Herniotomie — das: nach Freilegung der pathologischen Verhältnisse unter Schonung aller nervösen Elemente den Cystensack zu entleeren und zu verkleinern, dann die Rückenmarkshäute über dem Reste des Sackes nach Möglichkeit zu verschließen und dann den Rest in den Rückgratskanal zu reponieren; dann erfolgt der operative Verschluß des Spaltes der Wirbelsäule und der bedeckenden Weichteile, dann der Schluß der äußeren Haut. Die Indikation zu dieser Operation ist jetzt so, daß alle Arten von Spina bifida operiert werden können; Kontraindikation ist, wenn Wasserkopf und erhebliche Lähmungen, sowie andere schwere Mißbildungen vorhanden sind. Die Technik der Operation ist allgemein die nach Bayer, der in Bauchlage und Beckenhochlagerung operierte, um einen zu schnellen Abfluß des Liquors zu vermeiden, da hierdurch leicht Konvulsionen auftraten. Die postoperative Behandlung der Spina-bifida-Operierten besteht nur darin, daß man die Kinder in Bauchlage hält, um ein Beschmutzen der Operationswunde mit Urin oder Fäces zu vermeiden.